

DADO COLETADO, SUJEITO FABRICADO: DROGAS E OBJETIVIDADE EM UM EMPREENHIMENTO DE PESQUISA MÉDICO- CIENTÍFICO¹

EDUARDO DOERING ZANELLA²

INTRODUÇÃO

O presente artigo propõe uma intersecção entre uma antropologia da ciência e a temática das drogas em nossa sociedade contemporânea. Trata-se de abordar, etnograficamente, as maneiras pelas quais as ciências da saúde em geral e aquelas do campo médico em particular – arena de onde provém os discursos aos quais se confere, na atualidade, maior legitimidade para discorrer sobre as drogas e sobre como devemos lidar com o seu consumo – apreendem estas substâncias na qualidade de objetos de estudo científico.

1 Agradeço aos membros que formaram a banca examinadora na ocasião da defesa da dissertação de mestrado que deu origem a este artigo, cujas contribuições foram fundamentais para a sua elaboração: Cláudia Fonseca, Emerson Giumbelli, Fabíola Rohden (orientadora) e Frederico Viana Machado. Também foram importantes para o aperfeiçoamento deste texto os pareceristas e a revisora técnica da revista Pós - Revista Brasileira de Pós-Graduação em Ciências Sociais.

2 Mestre em Antropologia Social pelo Programa de Pós-graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRGS. E-mail: zanellad@hotmail.com

Para isto, apresenta-se uma descrição das práticas de *coleta de dados*³ de um estudo em específico. Trata-se de uma pesquisa desenvolvida por um coletivo de cientistas especializados no tema “álcool e drogas”⁴, realizada com pacientes internados para tratamento de dependência química em um hospital geral. Objetiva-se compreender como os procedimentos que constituem este momento da atividade científica, ao produzirem as informações que serão armazenadas e posteriormente analisadas, fabricam os sujeitos participantes da pesquisa, construindo assim uma objetividade própria e específica. Trata-se de elaborar uma narrativa sobre a produção de dados em pesquisas médico-científicas sobre drogas, de modo a compreender tanto as transformações que este processo implica para os sujeitos pesquisados quanto o ideal de objetividade pretendido nesta modalidade de produção de conhecimento.

O coletivo de pesquisadores em questão, junto ao qual desenvolvi trabalho de campo etnográfico, é o Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas (CPAD), vinculado ao Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e localizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Este grupo de pesquisa envolve uma rede composta por cerca de 40 pesquisadores⁵, majoritariamente psiquiatras e psicólogos, embora haja também a presença de profissionais com formação nos campos

3 Utilizo a expressão *coleta de dados* em itálico pois este é um termo específico do universo de pesquisa onde realizei o trabalho de campo para a elaboração deste artigo. A ênfase em itálico objetiva explicitar que esta não é uma categoria analítica, mas sim uma categoria descritiva, problematizada na análise aqui empreendida.

4 “Droga” é uma expressão polissêmica, que opera de diferentes formas em distintos registros, de tal modo que definir o que entra e o que sai desta categoria é um exercício fundamentalmente político. Apesar de reconhecer a ambivalência do termo, ao longo deste artigo, não o menciono com aspas. Tal referência levaria à problematização de outras categorias de substâncias, tais como “álcool” e “medicamentos”, o que escapa ao escopo do presente trabalho. Deste modo, explícito que neste texto o termo droga designa aquelas substâncias de uso ilícito – maconha, *crack*, cocaína, *ecstasy* etc. –, pois esta é a classificação que opera no coletivo de pesquisadores junto ao qual desenvolvi o presente estudo, o Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas.

5 Em seus projetos mais amplos, geralmente desenvolvidos em cooperação com outras instituições de pesquisa e financiamento, o CPAD chega a envolver redes compostas por 100 ou até 200 pesquisadores.

de biomedicina, enfermagem e assistência social. Trata-se de um centro de pesquisa com relevante participação no campo das ciências da saúde que estuda “álcool e drogas” – o que se expressa, por exemplo, nos prêmios recebidos por seus integrantes em função de trabalhos acadêmicos desenvolvidos na área⁶.

Os projetos de pesquisa do CPAD são desenvolvidos principalmente nos campos da psiquiatria, epidemiologia, genética, neurociências e toxicologia. Deste modo, são diversos os objetivos destas pesquisas com relação às drogas, tais como: aferir associações entre comorbidades psiquiátricas e o consumo destas substâncias; estimar as suas relações com polimorfismos genéticos; definir padrões de uso e perfis sociodemográficos para determinadas regiões e populações de consumidores de drogas; validar instrumentos de pesquisa e de avaliação clínica de usuários; indicar fatores de risco e custos econômicos relacionados às práticas de uso de drogas; entre muitos outros. Estas pesquisas são desenvolvidas com relação a variadas substâncias: álcool, crack, cocaína, maconha, drogas sintéticas (em especial o *ecstasy*), havendo também investigações sobre o consumo de tabaco.

A expressão *coleta de dados* é amplamente mobilizada nestes estudos, em específico, para aludir ao momento em que questionários, testes, entrevistas padronizadas, instrumentos de extração de material biológico (basicamente sangue, saliva e urina) ou psicométricos em geral são aplicados sobre os sujeitos participantes

6 Em 2013, os integrantes do CPAD receberam três congratulações: prêmio Cyro Martins (melhor pôster) na XI Jornada de Psiquiatria da APRS (Associação de Psiquiatria do Rio Grande do Sul), segundo lugar na categoria pôster no XXII Congresso da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Outras Drogas (ABEAD) e melhor apresentação oral no XVIII Congresso Brasileiro de Toxicologia. Desde o ano de 2010, os membros do centro de pesquisa ainda receberam as seguintes premiações: Prêmio Professor Oswald Moraes Andrade (melhor trabalho escrito), do XXVIII Congresso Brasileiro de Psiquiatria; Prêmio Volvo de Segurança no Trânsito, de 2010 (concedido pela companhia fabricante de veículos sueca Volvo às melhores ações desenvolvidas para segurança no trânsito); melhor pôster no XIX International Council on Alcohol, Drugs and Traffic Safety (ICADTS); melhor trabalho na XXV Jornada Sul-Rio-Grandense de Psiquiatria Dinâmica; melhor pôster no XIII Simpósio Internacional sobre Tratamento de Tabagismo (promovido pela ABEAD); Prêmio Denatran de Educação no Trânsito, de 2010; Menção Honrosa no Prêmio Ciência e Inovação em Psiquiatria, na Jornada do Centro de Estudos Luís Guedes do ano de 2012.

de uma dada pesquisa. Este é um evento de suma importância para os estudos deste coletivo de cientistas, visto que é nesta ocasião em que é produzida a sua própria matéria-prima: os dados científicos que serão armazenados, analisados e inscritos sobre artigos, dissertações, teses e demais textos de cunho acadêmico.

No presente artigo, irei me deter sobre as *coletas de dados* da pesquisa “Preditores clínicos, biológicos e psicossociais de recaída precoce em usuários de *crack*”, desenvolvido com pacientes usuários de drogas – em específico, *crack* – que se encontram internados na Unidade de Adição do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, submetidos a tratamento para dependência química. Este é um projeto amplo, que contava com o registro de mais de 200 e 60 entrevistas no início do ano de 2014, de modo que era considerado prioritário na agenda de pesquisa do CPAD.

Este estudo busca verificar as possíveis associações entre a “recaída” ao uso de drogas ou o “abandono de tratamento”, por parte dos pacientes da Unidade de Adição do HCPA, com referência a três fatores: *clínicos e psicossociais* (variáveis demográficas, comorbidades psiquiátricas, transtornos de personalidade, escores de gravidade de dependência, impulsividade, vínculo parental, agressividade e abstinência); *neurocognitivos* (funções executivas e de controle inibitório); e *biológicos*, em específico as dosagens séricas de: *Neuropeptídeo Y* (grupo de peptídeos que modulam a atividade do sistema nervoso central, inibindo estresse e sintomas de ansiedade), *Brain Derived Neurotrophic Factor* (marcador biológico de plasticidade cerebral) e *Estresse Oxidativo* (condição biológica caracterizada pelo desequilíbrio entre a formação e a redução de agentes oxidantes do organismo).

Em resumo, os participantes da pesquisa são avaliados a partir destes três eixos: *neurocognitivo, biológico e clínico/psicossocial*. Trata-se de aplicar vários instrumentos e realizar duas extrações de sangue, com intervalo de 15 dias entre uma e outra, com os pacientes. Em um segundo momento, é verificado se os parâmetros obtidos estão ou não relacionados à “adesão/abandono” de tratamento ou à “recaída” ao uso de drogas. Para isto, os instrumentos de pesquisa são novamente aplicados, bem como são realizados

testes de detecção do uso de drogas na urina. Esta segunda fase da pesquisa ainda não havia sido iniciada no período em que realizei o trabalho de campo, de modo que não é abordada no presente artigo.

O trabalho de campo realizado foi pautado pela minha observação e participação nas atividades do CPAD, durante o período de um ano (2013), em sua sede no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Esta inserção no grupo me possibilitou acompanhar as sessões de *coletas de dados* com os pacientes usuários de drogas do HCPA, o treinamento dos entrevistadores para a realização das mesmas, bem como as reuniões semanais destinadas à coordenação da referida pesquisa.

Foi possível assim atentar para elementos que não estão contidos, tal como o método etnográfico os apreende, nas narrativas oficiais do fazer científico (como teses, artigos, dissertações etc.), com o objetivo de compreender as maneiras pelas quais a ciência é efetivamente produzida, para além das regras e normas que buscam instituir qual deve ser a sua condução correta. Entretanto, apesar do acompanhamento próximo e contínuo dos fenômenos de interesse, deve ser ressaltado que não foi permitida a minha interação com os pacientes usuários de drogas do HCPA, nem durante nem após a aplicação dos instrumentos⁷. Por este motivo, este trabalho não aborda em profundidade as impressões ou percepções destes sujeitos acerca do estudo em que estavam implicados.

É pertinente também referir que documentos vinculados às *coletas de dados* aqui em questão foram importantes para a elaboração da descrição que segue. Na medida em que o CPAD está essencialmente envolvido com pesquisas acadêmicas, a elaboração de textos é uma atividade central do grupo, que constitui a própria materialidade de sua produção. Desta forma, nestes

7 Os pesquisadores do CPAD compreendiam que o meu trabalho de campo deveria intervir o menos possível nas *coletas de dados*, motivo pelo qual não era possível interagir com os pacientes nestas ocasiões. Uma vez que a participação dos pacientes neste empreendimento científico implicava sua ausência em algumas atividades do tratamento, também não pude acessá-los após as entrevistas, com a justificativa de que isto poderia prejudicar a recuperação terapêutica destes sujeitos.

objetos estão presentes – de modo concentrado ou estendido, em forma de enunciados – vários procedimentos que descrevem as dinâmicas de seus empreendimentos de pesquisa. Assim, projetos, pareceres do comitê de ética do HCPA e manuais de aplicação de instrumentos de pesquisa se revelaram importantes fontes de informação para a consecução do presente trabalho.

A partir da realização de trabalho de campo nos moldes mencionados, apresento uma narrativa centrada nos procedimentos que envolvem a produção dos dados da pesquisa “Preditores clínicos, biológicos e psicossociais de recaída precoce em usuários de *crack*”. Trata-se de descrever um conjunto de práticas de *coleta de dados*, com a pretensão de compreender de que maneira tais metodologias e técnicas agem sobre e assim transformam os pacientes usuários de drogas que participam da referida pesquisa. Por meio desta discussão, lanço algumas considerações acerca do processo de fabricação dos sujeitos participantes da pesquisa e do ideal de objetividade pretendida no âmbito deste empreendimento científico.

Estas questões são informadas por perspectivas teóricas do campo dos estudos sociais em ciência e tecnologia. Sobretudo, a problematização aqui proposta é desenvolvida a partir do conceito de mediação, tal como elaborado nas obras de Bruno Latour, John Law e Annemarie Mol, ponto delineado em maiores detalhes no tópico seguinte.

MEDIAÇÕES E PRÁTICAS CIENTÍFICAS

Autores como Bruno Latour (2001; 2012), John Law (1992; 2001) e Annemarie Mol (2005), entre outros, argumentam que os objetos científicos não são entidades preexistentes ao trabalho que se realiza sobre eles, no sentido de que tais objetos em nenhum momento se encontram desvinculados das técnicas, relações ou procedimentos mobilizados em sua constituição. Objetos seriam performativos e não ostensivos. Tal como propõe a distinção de Latour

lol objeto de uma definição ostensiva permanece aí, não importa o que aconteça ao dedo indicador de quem assiste. Mas o objeto de uma definição performativa desaparece quando não é mais representado – ou, caso permaneça, isso significa que outros atores entraram em cena. (LATOUR, 2012, p. 63)

Law (2001) argumenta de maneira semelhante, por exemplo, em um texto que analisa a constituição do *design* de uma aeronave militar, produzida pela English Electric Company para o governo britânico em 1958. Ao comentar a apropriação que faz das ferramentas da semiótica para a sua análise, este autor afirma que “termos, objetos, entidades, são formados nas diferenças entre uns e outros. O argumento é que eles não possuem atributos essenciais, mas ao contrário, alcançam a sua significação a partir de relações, relações de diferença” (LAW, 2001, p. 118).

Ou seja, os objetos não estariam localizados de maneira estática em um plano transcendental, fora daquilo que envolve a sua representação (nos termos do enunciado de Latour) ou a sua significação (nos termos do enunciado de Law). Por outro lado, tais objetos somente existiriam, e ganhariam uma forma específica, a partir das práticas de representação dos atores (tal como expresso por Latour), ou a partir das relações de diferença estabelecidas com outros objetos (tal como expresso por Law).

O enunciado de Latour ao qual fiz referência (2012, p. 63) não faz dos objetos, sejam eles científicos ou não, entidades menos reais. Está em questão um princípio que Annemarie Mol (2005) explicitou de maneira bastante clara: se a realidade não precede às práticas também não pode servir de acesso a elas. Compreendo que o “princípio de irredução” de Latour (1994) faz referência à mesma ideia. Ao não utilizar palavras cuja vocação é “revelar” a “verdade” por detrás dos fenômenos, este autor objetiva não reduzi-los a esferas transcendentais fora do alcance analítico, de modo a considerá-los e descrevê-los sempre por meio das situações nas quais emergem. Ou seja, são as realidades propriamente ditas dos fenômenos, ontologias nos termos de Mol (2005), que são trazidas à existência por meio de um conjunto de práticas – e não o contrário.

Se os objetos de atenção científica somente existem a partir e em consequência das práticas que os sustentam, então também deve ser destacado que tais objetos não possuem contornos fixos: se diferenciam na medida em que se alteram os procedimentos por meio dos quais são performados. Procedimentos estes que Mol (2005) e demais autores designam por *sociomateriais*, visto que são intrinsecamente heterogêneos no que diz respeito à qualidade variada dos materiais ou entidades que mobilizam. A noção de *mediação* tem sido utilizada no campo dos estudos sociais em ciência e tecnologia para fazer referência a estes processos de diferenciação, em que entram em questão materiais/entidade de tipos muito diferentes.

Latour (2012) define o conceito de mediador em contraposição ao de intermediário. Enquanto os segundos “transportam significados sem a força de transformá-los”, os primeiros “transformam, traduzem, distorcem e modificam o significado ou os elementos que supostamente veiculam” (p. 64). Apesar de o autor utilizar as expressões mediador/intermediário tal como se denotassem um tipo específico de agente, é importante destacar que, nesta perspectiva, entidades isoladas não são dotadas de uma capacidade de ação inerente ou intrínseca. Ao contrário, a ação é sempre considerada enquanto propriedade de uma série de associações que vem a envolver variados agentes, de modo que se trata de um trabalho essencialmente coletivo.

Portanto, antes de aludir a mediadores propriamente ditos, faz mais sentido falar em processos de mediação. Admitir tais processos nas “tramas da prática” (LATOUR, 2001, p. 351) constitui uma maneira de encarar os mecanismos de produção dos fenômenos de interesse (sejam eles objetos, grupos, entidades, conceitos, instituições etc.). Trata-se de reconhecer a importância das transformações e da heterogeneidade – em suma, do movimento – na conformação destes fenômenos, em detrimento de uma perspectiva linear, uniforme ou homogênea dos mesmos⁸.

8 Esta perspectiva retoma sua posição filosófica de compreensão dos fenômenos da obra de Gabriel Tarde (2007). Para este autor, a harmonia e a estabilidade seriam somente um instante provisório dentro de uma variação e diferenciação universal.

Assim, é possível definir que mediações constituem ações de efeitos transformativos ou diferenciadores, realizadas por meio do estabelecimento de associações entre uma série de atores que não estão determinados *a priori*. Ou seja, tratam-se de processos de associação que alteram a natureza dos entes associados – mudanças estas provocadas pelo próprio ato de conexão. Estas mediações são fundamentais para a atualização e para a conformação dos objetos em termos gerais, sejam eles elementos da “sociedade” sejam eles fenômenos da “natureza”.

Autores como Law, Latour e Mol, entre outros do campo, argumentam que sem tais mediações, que atravessam de uma só vez os domínios do “social” e do “natural” ao associar materiais de diferentes tipos, estas esferas não se sustentariam por muito tempo enquanto entidades purificadas. Por exemplo, em *Jamais Fomos Modernos*, Latour (1994) argumenta que a purificação cada vez mais circunscrita dos “cantões ontológicos” da sociedade e da natureza somente se realiza na contrapartida das mediações, que misturam elementos do social e do natural na produção, também cada vez mais intensiva, de seres híbridos. Purificação, neste contexto teórico, deve ser entendida enquanto um esforço por delimitar e instituir fronteiras, por alcançar a pureza ontológica de fenômenos necessariamente híbridos de natureza e cultura (LATOUR, 1994). Para o que diz respeito ao problema de pesquisa que aqui pretendo delinear, destaco que é por meio de mediações que grupos sociais, entidades naturais ou objetos – novamente, em termos gerais –, adquirem uma unidade, ou seja, são purificados.

A partir desta perspectiva, objetivo explorar os processos de mediação em operação no âmbito da pesquisa do CPAD “Preditores clínicos, biológicos e psicossociais de recaída precoce em usuários de *crack*”. Trata-se de atentar para as transformações que passam os objetos e as entidades deste empreendimento científico em meio às práticas de sua realização. Em específico, este artigo trata do momento da *coleta de dados*, enfocando os pacientes usuários de drogas que participam da pesquisa. Uma vez que a *coleta de dados* é um momento fundamental do referido estudo – instante de produção das informações que constituem o seu elemento essencial –, pode ser tomada enquanto via de acesso

para a compreensão do ideal de objetividade que este persegue, objetivo que procuro cumprir no tópico final do presente artigo.

Passo para a descrição das práticas que envolvem a *coleta de dados* com os pacientes da Unidade de Adição do HCPA, atentando para a forma como tais procedimentos agem, transformam ou diferenciam os sujeitos que são o centro de sua atenção. O texto está organizado de tal maneira que busca correspondência com o desenvolvimento das *coletas de dados*. Ou seja, a descrição dos procedimentos de pesquisa pretende seguir a sequência de sua realização com os sujeitos participantes do estudo. Deste modo, a descrição assume a forma de uma narrativa direta e sistemática das práticas de *coletas de dados*, expondo sua execução e logística. Optei por este modelo de narrativa – em detrimento, por exemplo, de uma descrição que enfocasse densamente situações específicas vividas em campo –, pois considere que assim poderia proporcionar uma visão abrangente do processo de *coleta de dados*, finalidade do presente artigo e ponto importante para a construção de seus argumentos.

COLETA DE DADOS

A *coleta de dados* com os pacientes da Unidade de Adição do HCPA tem início com o exame de sangue, procedimento que também é parte do protocolo de assistência geral deste serviço de saúde. As amostras extraídas são analisadas em dois laboratórios, ambos localizados e pertencentes ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre: o de química e o de psiquiatria molecular.

No laboratório de química, o sangue é analisado para os fins do tratamento e da assistência terapêutica. Ali se verificam nos pacientes, entre outras ocorrências, os seus níveis de *glicose*, *colesterol*, *leucócitos*, *plaquetas*, *triglicerídeos* e *hemoglobina*, bem como as incidências de *HIV*, *hepatites C* e *B*. Já no laboratório de psiquiatria molecular, o sangue é avaliado exclusivamente para as finalidades da pesquisa. Em específico, neste local são determinadas as dosagens séricas de *Neuropeptídeo Y*, *Brain Derived Neurotrophic Factor* e *Estresse Oxidativo*.

Esta extração de sangue objetiva verificar a ação da droga, no caso o *crack*, sobre os organismos dos participantes da pesquisa. É por este motivo que o sangue é coletado logo na manhã seguinte ao dia da internação dos pacientes, quando estes ainda estariam “sob efeito de *crack*” – tal como expresso no projeto da pesquisa “Preditores clínicos, biológicos...”: “isto la extração de sangue na manhã seguinte ao dia da internação] permite que possamos analisar variáveis biológicas de pacientes enquanto ainda estão sob o efeito de *crack*” (PECHANISKY, et al., 2013, p. 10).

Depois da extração de sangue, o chefe do Departamento de Enfermagem do HCPA inscreve o nome do paciente, o número de seu protocolo, o dia de sua internação e o dia da coleta de seu sangue em uma planilha, fixada na Unidade de Adição do HPCA. Esta planilha deve informar quais são os pacientes que estão disponíveis para receber o convite de participação na pesquisa, processo denominado de “aplicação” do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Caso o paciente esteja clinicamente estável, este convite é realizado no mesmo dia da extração de sangue, ou seja, no segundo dia de internação. A aplicação do TCLE é caracterizada por uma série de procedimentos, que devem ser executados pelo entrevistador de forma padronizada.

Basicamente, o entrevistador deve ler ao paciente, de maneira pausada e clara, todo o texto contido neste instrumento. Depois desta leitura, deve reforçar quais são os objetivos da pesquisa; informar ao paciente tanto sobre os riscos quanto sobre a voluntariedade de sua participação; deixar claro que a sua desistência não necessita ser justificada e tampouco irá interferir na qualidade do tratamento que lhe é oferecido; informar que os seus dados pessoais serão tratados de forma sigilosa, bem como deve lhe entregar um folder do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, com informações relativas aos “direitos do participante de pesquisa”. É necessário, ainda e por fim, que o paciente aceite participar da pesquisa, o que raras vezes deixa de acontecer.

É por meio desta sequência de procedimentos que o paciente adquire uma posição específica neste empreendimento científico, que corresponde à sua identidade enquanto “participante

de pesquisa”. Tal situação revela que as identidades formais do empreendimento científico não estão dadas de antemão e tampouco são estabelecidas em suas esferas conceituais ou epistêmicas. Pelo contrário, tais identidades são feitas na imanência das práticas de pesquisa propriamente ditas, por meio da mobilização de objetos específicos em interações concretas – motivo pelo qual também não são estáticas, de modo que necessitam ser refeitas a todo o tempo⁹.

Desta forma, os pacientes ainda terão de ser fabricados enquanto participantes de pesquisa – no sentido que continuarão sujeitos a novas intervenções – por meio de outros procedimentos. Em específico, estes serão relativos às peculiaridades destes sujeitos enquanto usuários de drogas. O primeiro destes procedimentos é a espera por mais alguns dias para o início da aplicação dos instrumentos.

DESINTOXICANDO OS SUJEITOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

A realização das entrevistas propriamente ditas não deve iniciar no segundo dia de internação dos pacientes, junto à extração de sangue e à aplicação do TCLE, mas somente a partir do quinto dia em que estes se encontram na Unidade de Adição do HCPA. Eu estranhei bastante este procedimento, visto que um dos maiores problemas das *coletas de dados* consistia em cumprir com a aplicação de todos os instrumentos de pesquisa. A dificuldade para conseguir horários disponíveis com os pacientes dentro do programa terapêutico do HCPA, somada a uma dinâmica de alta rotatividade dos mesmos neste hospital, entre outros imprevistos, provocava muitas vezes a suspensão das entrevistas sem a

9 Guilherme Sá argumentou de maneira semelhante para o caso dos primatólogos que estudou em sua tese de doutorado. Também neste contexto, a constituição dos objetos de pesquisa, em específico a transubstanciação do “macaco-sujeito-floresta” em “macaco-objeto-laboratório”, se constituía “em função de uma relação de experiência íntima no interior das dinâmicas dos coletivos e não por contingência genérica de um macroprocesso que se consolida nas esferas epistêmicas, históricas e políticas de uma cadeia de transcrições” (2009, p. 31).

aplicação de todos os instrumentos (o que não vinha a invalidar os dados obtidos). Deste modo, eu considerava que o quanto antes as entrevistas fossem iniciadas melhor seria para este empreendimento de pesquisa, pois assim maiores eram as chances de finalizar a *coleta de dados* com os pacientes.

Os instrumentos são aplicados somente no quinto dia de internação dos pacientes “a fim de que ele [o paciente] já tenha passado pelos primeiros dias de desintoxicação” (PECHANSKY et al., 2013, p. 10), tal como informa o projeto da pesquisa “Preditores clínicos, biológicos...”. A “intoxicação” recente por uso de drogas (ou a sua interrupção súbita) poderia destituir os pacientes das condições clínicas mínimas e necessárias para a participação nas entrevistas. Nesse sentido, era importante esperar pelos “primeiros dias de desintoxicação”, já que neste período os pacientes poderiam apresentar, entre outras alterações, *sono intenso, hipertensão, taquicardia, náuseas, delírio, convulsões, alucinações, paranoia* ou mesmo um quadro de *delirium tremens*.

A ausência de condições clínicas mínimas, contudo, não é o único motivo pelo qual o uso recente de drogas impede a participação do paciente recém-internado nas entrevistas. A aplicação dos instrumentos também não ocorre nos primeiros dias de internação “a fim de diminuir o viés do prejuízo cognitivo decorrente da intoxicação [por uso de drogas]” (PECHANSKY et al., 2013b). Ou seja, até o quinto dia de internação os pacientes ainda poderiam estar “sob efeito de drogas”, o que comprometeria a “confiabilidade” de suas respostas aos instrumentos de pesquisa.

Para além de provocar “prejuízo cognitivo” e “viés” nas respostas dos pacientes, o uso recente de drogas também pode dificultar o entendimento correto das questões da entrevista, de modo que as respostas que os entrevistados oferecem nestas situações seriam “confusas” – tal como informa o Manual de Aplicação da Escala de Gravidade de Dependência (ASI6), instrumento validado em pesquisa desenvolvida pelo CPAD e utilizado nestas *coletas de dados*. Nestes casos, também é importante aguardar “um dia ou mais” para a aplicação do instrumento.

No caso do paciente parecer ter dificuldades de entender muitas questões, pode ser vantajoso interromper a entrevista. Neste caso, é melhor esperar um dia ou mais para que o paciente se recupere da confusão inicial e efeitos desorientadores do abuso recente de álcool ou outras drogas, do que registrar respostas confusas. (KESSLER, PECHANSKY, 2011, p. 19)

Ou seja, o “abuso recente de álcool ou outras drogas” provocaria “confusão” e “efeitos desorientadores” nos pacientes, o que faz com que estes ofereçam “respostas confusas” aos instrumentos. Problema este que pode ser solucionado caso sejam aguardados alguns dias para a realização da entrevista. Por estes motivos (“efeitos desorientadores” e “respostas confusas”), a Escala de Gravidade de Dependência (ASI6) também não deve ser aplicada com pacientes que apresentem “sintomas de abstinência graves ou efeitos agudos do uso de substâncias” (KESSLER, 2011, p. 48). Este é, na verdade, um procedimento bastante convencional do campo das ciências médicas que realiza pesquisas com usuários de drogas: a instituição do uso recente destas substâncias enquanto critério de exclusão para a seleção da amostra do estudo.

Deste modo, se com a aplicação do TCLE o paciente passa a estar disponível para a concessão de entrevistas, o uso recente de drogas impede o exercício desta participação na pesquisa durante os primeiros dias de internação. Estas substâncias podem gerar *alucinações*, *delírios* ou *convulsões* sobre os pacientes, bem como podem “prejudicá-los cognitivamente”, “desorientá-los” e “confundi-los”, de modo que as suas respostas aos instrumentos seriam igualmente “confusas” ou carregadas de “viés”. Para atenuar tais efeitos decorrentes do uso de drogas, de modo a garantir que o paciente forneça informações “confiáveis” e “fidedignas”, espera-se alguns dias desde a sua internação para o início da aplicação dos instrumentos. Trata-se de abrandar os efeitos destas substâncias e de “desintoxicar” os participantes da pesquisa.

INSTRUMENTOS AUTOAPLICÁVEIS QUE NÃO SÃO AUTOAPLICADOS

A maioria dos instrumentos utilizados nas *coletas de dados* com os pacientes da Unidade de Adição do HCPA é de estilo autoaplicável, ou seja, com perguntas inscritas na primeira pessoa do singular (por exemplo, “sou uma pessoa distraída?”). Contudo, mesmo que várias destas ferramentas apresentem este formato, todas as questões de todos os instrumentos são lidas a todos os pacientes. Tal orientação faz com que esta fase da *coleta de dados* assuma o formato de uma entrevista padronizada.

Entre outros motivos, isto acontece, pois, alguns pacientes, devido às suas práticas de uso recente ou continuado de drogas, seriam dotados de “atenção prejudicada”, tal como fui informado pelos meus interlocutores. Esta condição dificultaria a total compreensão das questões contidas nestas ferramentas, o que pode tornar a sua autoadministração displicente ou dispersa – de modo a também comprometer a “veracidade” das informações registradas.

Nesse sentido, a entrevista padronizada não é somente caracterizada pela leitura das perguntas que estão contidas nos instrumentos de pesquisa aos pacientes. O entrevistador deve também – e mais importante – certificar-se de que o entrevistado compreendeu a intenção de cada questão que lhe foi dirigida, para que dessa maneira possa oferecer as respostas mais “corretas” possíveis¹⁰.

Tal como expresso no Manual de Aplicação da Escala de Gravidade de Dependência (ASI6), para que o paciente compreenda adequadamente a informação que lhe é solicitada, o entrevistador “deve estar disposto a repetir, mudar as palavras e questionar até que sinta que o paciente entende a questão e que a resposta reflete o melhor julgamento do paciente, consistente com a

10 Este procedimento não implica que não haja instrumentos autoaplicáveis válidos para usuários de drogas.

intenção da pergunta” (KESSLER; PECHANSKY, 2011, p. 12). Para isso, é preciso primeiramente que o entrevistador, ele próprio, compreenda a finalidade subjacente a cada questão do instrumento: “é importante que o entrevistador entenda a intenção da pergunta para dispor da informação mais completa disponível pelo paciente e, então, registrar a resposta mais apropriada, incluindo comentários” (KESSLER; PECHANSKY, 2011, p. 12)¹¹.

Ou seja, assumir a *coleta de dados* na forma de uma entrevista padronizada, a fim de que os entrevistados compreendam integralmente as suas questões, parece ser particularmente importante para pesquisas com usuários de drogas, visto que estes seriam “dotados de atenção prejudicada”. Uma vez mais, o Manual de Aplicação da Escala de Gravidade de Dependência (ASI6) faz uma referência esclarecedora, relativa tanto à importância do paciente usuário de drogas em compreender plenamente as questões contidas nos instrumentos, quanto à validade da entrevista padronizada para que este objetivo seja atingido.

Tem-se notado que o formato padronizado de entrevista é o único método viável para assegurar a plena compreensão das questões perguntadas, o que é particularmente importante para alguns segmentos da população que abusa de substâncias (isto é, pacientes psiquiatricamente comprometidos, idosos, pacientes confusos ou com doenças clínicas). (KESSLER; PECHANSKY, 2011, p. 26)

Quero apontar neste tópico que, tal como o aguardo por cinco dias para o início das entrevistas, o próprio formato desta etapa da *coleta de dados* (uma entrevista padronizada) objetiva também, entre outras coisas, atenuar os efeitos das drogas sobre os pacientes. O uso de drogas “prejudicaria a atenção”, comprometeria a “condição psiquiátrica” e “confundiria” os pacientes. Tais efeitos dificultariam o completo entendimento das questões dos instrumentos, o que inviabiliza a sua autoaplicação. A fim de contornar estes efeitos, de modo a registrar informações

11 Apesar de estas citações se referirem à aplicação da Escala de Gravidade de Dependência (ASI6) em específico, são também válidas para o que diz respeito aos demais instrumentos utilizados nestas entrevistas.

“fidedignas” sobre os instrumentos de pesquisa, a *coleta de dados* toma a forma de uma entrevista padronizada.

Tal dificuldade dos pacientes usuários de drogas em compreender as questões dos instrumentos de pesquisa pode, inclusive, levar o entrevistador a encerrar a entrevista.

Os entrevistadores podem encontrar pacientes que simplesmente são incapazes de entender os conceitos básicos da entrevista ou de se concentrar em questões específicas, geralmente por causa dos efeitos de abstinência de álcool ou outras drogas ou devido a transtornos mentais. Quando isto se torna aparente, a entrevista deve ser finalizada e outra sessão agendada. (KESSLER; PECHANSKY, 2011, p. 31)

Ainda além, as entrevistas não somente podem ser finalizadas ou reagendadas, mas os pacientes podem também ser excluídos da pesquisa. Nesse sentido, durante o período em que realizei o trabalho de campo, os *dados coletados* com dois pacientes foram removidos dos registros deste empreendimento científico. Os participantes excluídos eram pacientes alcoolistas que, segundo os entrevistadores e coordenadores desta pesquisa, apresentavam demência devido ao uso intenso, antigo e continuado de bebidas alcoólicas – condição que lhes impossibilitava o entendimento das questões contidas nos instrumentos.

CONTORNANDO O PREJUÍZO DE AUTOAVALIAÇÃO

Contudo, caso a *coleta de dados* não seja finalizada ou o paciente excluído da pesquisa, a entrevista segue um padrão geral de procedimentos. O entrevistador e o paciente dirigem-se até a “sala de atendimento individual”, localizada ao final do corredor onde estão os leitos da Unidade de Adição. Sentam-se um de frente para o outro, e ambos de frente para uma mesa. Nesta mesa, o entrevistador posiciona os instrumentos que traz consigo e lê ao paciente as perguntas que ali estão ordenadas. O paciente responde. A partir destas respostas, o entrevistador marca uma inscrição no instrumento de pesquisa e passa para a próxima questão, e assim repetidamente.

Caso os pacientes cumpram todas as fases da *coleta de dados*, chegam a participar da aplicação de treze os instrumentos de pesquisa. Com a inserção dos testes neurocognitivos, no mês de setembro do ano de 2013, esta entrevista passou a contar com dezesete instrumentos. As questões contidas nestas ferramentas tratavam de temas diversos: relações sexuais, história familiar, envolvimento com a justiça, consumo de álcool e drogas, trabalho, histórico terapêutico, infância, relações de amizade etc.

Aqui é interessante comentar certo estranhamento que, nas situações em que acompanhei as *coletas de dados*, percebi da parte de alguns pacientes com relação a estas perguntas. Durante as entrevistas, estes frequentemente se surpreendiam que uma mesma questão lhes fosse dirigida repetidas vezes. Havia momentos em que os pacientes eram solicitados a responder a três ou a quatro indagações bastante semelhantes entre si, que se diferenciavam somente a partir de uma pequena alteração dos termos de enunciação. Outras vezes, tinham de responder a diferentes questões, mas que buscavam registrar uma mesma informação. Também podiam ser feitas perguntas gerais ou amplas, que eram especificadas por meio de perguntas posteriores, mais circunscritas. Embora este fenômeno seja relativo a vários instrumentos de pesquisa, os pacientes o reparavam principalmente quando da aplicação das ferramentas que abordavam o uso de drogas.

Por exemplo, no questionário Perfil do Consumo de Cocaína, a questão 16-D pergunta se o “paciente isolou-se dos outros” por meio do consumo de cocaína, ao que é especificada pelas questões 20-C e 20-H, que perguntam se o uso desta substância promoveu, respectivamente, o “isolamento da família” e o “isolamento dos amigos”. A questão 17-B, por sua vez, questiona se a “perda de dia de escola/trabalho” foi uma consequência do uso de cocaína, e a questão 20-E indaga se ocorreu “ausência do trabalho” em função do mesmo motivo. Já a questão 20-F pergunta

se a cocaína motivou “brigas físicas com outras pessoas”, enquanto a pergunta seguinte, 20-G, indaga se devido ao consumo desta substância o paciente “feriu fisicamente outra pessoa”.

No roteiro de perguntas da Escala de Gravidade de Dependência de *Crack*, também há questões que, de certa forma, são próximas ou se assemelham. Por exemplo, a fim de investigar o domínio do paciente acerca das suas práticas de consumo de *crack*, este instrumento lhe dirige as seguintes perguntas (o entrevistado deve posicionar a sua resposta nas opções “concordo muito”, “concordo”, “discordo” e “discordo muito”): 11 – “Não tenho nenhum controle sobre meu consumo de *crack*”; 02 – “Não resisto ao *crack* quando tenho oportunidade de usá-lo”.

O descontrole do entrevistado perante o uso de *crack* também é especificado de forma parecida nestas duas próximas questões, que fazem referência à situação na qual o usuário não consegue ou tem dificuldade em interromper o consumo da substância: 17 – “Sempre uso maior quantidade de *crack* do que planejo inicialmente”; 08 – “A quantidade de *crack* que eu uso nunca é suficiente, pois sempre quero fumar mais”.

Este questionário ainda pergunta: 22 – “Tenho dificuldade em aceitar que o *crack* é um problema pra mim”; e 23 – “Não consigo perceber os problemas que o *crack* já me causou”, evocando a ausência de reconhecimento, por parte do entrevistado, acerca da ocorrência de problemas relacionados ao uso de *crack*. Ou ainda, 19 – “Não tenho interesse por atividades que não se relacionam ao *crack*”; e 32 – “Não sinto mais prazer nas coisas do dia a dia por causa do *crack*”, aludindo a uma mesma forma pela qual o *crack* assume centralidade na vida do paciente.

Quando perguntei aos entrevistadores os motivos pelos quais os instrumentos de pesquisa eram compostos de perguntas parecidas ou semelhantes, fui informado que, dentre outras razões, por meio deste procedimento é possível contornar o “prejuízo de autoavaliação” dos entrevistados, condição que seria derivada de um histórico de uso frequente e estendido de drogas. O uso abusivo destas substâncias, por um longo período, provocaria

determinados danos para a percepção do paciente acerca de si e da sua relação com as drogas, o que lhe causaria também certa dificuldade para avaliar adequadamente a sua condição atual e passada de vida.

Uma das manifestações deste “prejuízo de autoavaliação” seria a ocorrência de respostas inconsistentes e contraditórias, por parte dos pacientes, durante as sessões de entrevista. Deste modo, meus interlocutores compreendiam que instrumentos de pesquisa compostos por perguntas similares permitiriam revelar as incongruências e as contradições nas respostas dos entrevistados, de maneira a obter os dados mais fidedignos possíveis. Em suma, trata-se de mais uma forma de atenuar os efeitos do uso de drogas sobre os pacientes, de modo a garantir que a sua participação nas sessões de entrevista resulte na inscrição de respostas “corretas” sobre os instrumentos.

Para além de instrumentos compostos por perguntas próximas ou semelhantes, os entrevistadores também são orientados, pelos coordenadores da pesquisa, a “confrontar as informações do paciente ao longo de toda a entrevista”. Ou seja, o entrevistador deve ficar a todo o momento bastante atento às respostas que o paciente lhe apresenta, conferindo se entram ou não em contradição com as informações disponibilizadas na ocasião de perguntas anteriores. Este procedimento também objetiva colocar à prova a “veracidade” das respostas dos entrevistados aos instrumentos, a fim de garantir a “integridade” dos dados coletados¹².

Nesse sentido, a Escala de Gravidade de Dependência (ASI6), que como já referido é mobilizada nestas *coletas de dados*, foi concebida de tal modo que várias de suas perguntas demandam informações pontuais, exigidas por diferentes questões ao longo da entrevista com este instrumento. Ou seja, em vários momentos de sua aplicação, o paciente tem de reafirmar as informações que concedeu na ocasião de questões anteriores. A fim de auxiliar o

12 Evidentemente, esta não é uma orientação exclusiva para pesquisas das ciências médicas com pacientes usuários de drogas, mas sim um procedimento destacado com especial ênfase para estudos que envolvam esta população.

trabalho do entrevistador em conferir a consistência das respostas do entrevistado, o Manual de Aplicação deste instrumento apresenta uma lista de “itens para checagem cruzada da acurácia da entrevista”. Trata-se de um inventário das perguntas cujas respostas demandam informações semelhantes. Ou seja, uma lista de questões que cruzam as informações oferecidas pelos pacientes.

Por exemplo, o item 19 desta lista informa que, quando o “paciente diz em L21 estar aguardando sentença ou julgamento”, a “infração que ocasionou tal situação tem que constar na listagem L7-L14”. Já o item 30 avisa que, quando o paciente relata “comportamento violento em P13 e P14”, “isso deveria constar em L (Legal) na forma de ameaças ou agressões, ou em F (Família/Social), como conflitos com outras pessoas”. De maneira semelhante, quando o “paciente não teve problemas psiquiátricos nos últimos 30 dias em P18, mas aparecem anteriormente problemas psiquiátricos de P8 a P17”, o entrevistador deve “revisar isso com o paciente” (item 27). Também se “o paciente é casado ou vive como casado, deve aparecer em H (Habitação/Moradia) que vive com parceira; em E (Emprego/Sustento), isso pode constar como ajuda no sustento; em F1 (Família/Social) também deve ser relatado relacionamento amoroso nos últimos 30 dias” (item 1).

Esta lista também apresenta os procedimentos que o entrevistador deve adotar nos casos em que as respostas do entrevistado parecem incoerentes com os demais dados oferecidos. Deste modo, o entrevistador pode verificar se as respostas dos pacientes, “de fato”, refletem a sua percepção acerca dos acontecimentos e das condições de sua vida.

Nesse sentido, nesta lista é informado ao entrevistador que, “às vezes, pacientes informarão na seção Álcool e outras Drogas (item D1) sobre uma overdose que necessitou de hospitalização, que eles esqueceram de contar na seção Médica”, ao que segue a orientação: “Volte e esclareça os itens M25 e M26 na seção médica (item 17)”. Também nas situações nas quais “o paciente relatou não ter tido problemas com álcool nos últimos 30 dias, mas diz estar incomodado com problemas com álcool ou precisar de

tratamento para esses problemas”, o entrevistador deve “voltar ao D21 e perguntar novamente o número de dias que [o paciente] se sentiu incomodado com problemas com álcool” (item 14). Ou para o paciente que “não acha que o álcool é um problema para o qual precisa tratamento” e, “no entanto, consumiu álcool 15 dias no último mês”, o entrevistador deve “revisar isto com ele e se mantiver a posição negativa, anotar comentário (item 10)”. A Escala de Gravidade de Dependência (ASI6) possui 31 itens deste tipo.

Ainda no sentido dos procedimentos que objetivam assegurar a “integridade” dos dados obtidos nas sessões de entrevista, é importante referir que, depois de preenchidos, os instrumentos são regularmente revisados por um assistente de pesquisa. Este deve ter experiência prévia como entrevistador, de modo a ser familiarizado com os instrumentos mobilizados neste empreendimento científico. Esta revisão consiste em observar se faltam informações de identificação dos pacientes, se os instrumentos estão completamente preenchidos e sem erros de codificação e se existem contradições entre os dados registrados.

Caso haja incoerências, o assistente de pesquisa que faz esta revisão deve contatar o entrevistador para explicação. Espera-se que faça isto o mais rápido possível, logo após o término da coleta dos dados, para que o entrevistador ainda tenha recente na memória as informações do paciente que entrevistou. Caso o entrevistador não consiga resolver a contradição identificada, deve então verificar se o referido paciente ainda se encontra na Unidade de Adição do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, para que a dúvida possa ser elucidada pessoalmente pelo entrevistado. Se isto não for possível, as questões inconsistentes devem ser anuladas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em função do uso de drogas, tanto recente quanto de longo prazo, ou devido à sua interrupção abrupta, os pacientes da Unidade de Adição do HCPA se encontrariam “cl clinicamente instáveis”,

“confusos”, “desorientados” ou “psiquiatricamente comprometidos”; estariam com a “atenção prejudicada” e sofreriam de “prejuízos”, tanto “cognitivos” quanto de “autoavaliação”. Desta forma, não apresentariam “condições clínicas” para conceder entrevistas, bem como as informações que forneceria nessas situações seriam “confusas”, “inconsistentes” ou “contraditórias”. Assim, uma série de precauções é adotada para que seja viável a *coleta de dados* com estes pacientes.

Primeiramente, a aplicação dos instrumentos de pesquisa tem início somente no quinto dia de internação dos pacientes, a fim de que os mesmos já tenham passado pelos primeiros dias de “desintoxicação”. Isto possibilita a consolidação de “condições clínicas” para a participação dos pacientes nas entrevistas, assim como atenua os “prejuízos cognitivos”, os “efeitos desorientadores” e a “confusão” que derivam do uso de drogas e que comprometem a “credibilidade” de suas respostas.

Para que os entrevistados tenham plena compreensão das informações que lhes são solicitadas, também a *coleta de dados* assume a forma de uma entrevista padronizada. Isto significa que todas as questões, de todos os instrumentos, são lidas pelos entrevistadores a todos os pacientes – procedimento importante para aqueles cujo uso de drogas “prejudicou a atenção”. Por fim, com o intuito de contornar o “prejuízo de autoavaliação”, próprio a usuários de drogas, os instrumentos de pesquisa são dotados de mecanismos para a identificação de informações contraditórias; bem como o entrevistador deve estar atento, durante toda a entrevista, a possíveis inconsistências nas respostas dos pacientes. Se após todos estes métodos e técnicas, o paciente ainda continuar “sob efeito de drogas”, então deve ser excluído dos registros da pesquisa.

Considero que o conjunto destes procedimentos de pesquisa coloca em operação um processo de mediação, em que estão implicados os usuários de drogas participantes do estudo; processo este que, tal como irei argumentar, é relativo ao ideal de objetividade pretendido no âmbito destas *coletas de dados*. Para

abordar estes pontos, faço referência a uma consideração de Gilberto Velho (1987), acerca do papel que cumprem e da posição que ocupam as drogas e os seus usuários em nossa sociedade.

Este autor, em um clássico artigo no qual toma para reflexão duas categorias de acusação próprias do contexto brasileiro (anos de 1980), a de “subversivo” e a de “drogado”, afirma que este último funciona para a nossa sociedade como um “símbolo diferenciador”, que, por meio desta figura define aquilo ela que não é, ou aquilo que não quer ser. Para Velho, o “subversivo” e o “drogado” ameaçam uma certa ordem social estabelecida, pois ferem a concepção de mundo que lhe é subjacente. São figuras desviantes, constituídas a partir da criação primeira de uma dada norma social, e que funcionam para a manutenção e reificação desta mesma norma e de seus valores fundantes.

Para o caso que tomei para análise no presente artigo, argumento que as drogas também estão instituindo determinadas fronteiras e demarcando valores específicos. Estas substâncias operam enquanto uma espécie de “marco delimitador” da objetividade explorada por este empreendimento de pesquisa, que é definida em contraposição àquilo que as drogas representam: incerteza, instabilidade, desorientação, confusão, incoerência etc. Ou seja, as drogas, uma vez que associadas a estas representações, se constituem enquanto um “símbolo diferenciador” da objetividade científica pretendida nas *coletas de dados*: revelam – pelo negativo – os valores que constituem este atributo enquanto tal, quais sejam, “certeza”, “estabilidade”, “segurança”, “confiabilidade”¹³. Em outras palavras, as drogas ameaçam uma certa concepção de ciência, fundada na busca por uma objetividade cujos valores constituintes são antagônicos àquilo que estas substâncias representam.

E uma vez que “drogas” e “objetividade científica” estão associadas a qualidades simetricamente opostas, a fim de garantir

13 Para uma apropriação semelhante das considerações citadas de Gilberto Velho, ver Stélio Marras (2008).

a “confiabilidade” e a “integridade” das informações produzidas nas *coletas de dados*, torna-se necessário purificar o empreendimento científico da ação destas substâncias – objetivo cujo limite é a própria exclusão de pacientes que, devido às consequências de seus históricos de uso de drogas, estariam incapacitados de fornecer respostas “confiáveis”. Ou seja, quanto menos os efeitos das drogas se fizerem presentes nos participantes do estudo, mais objetivo será este empreendimento científico. Trata-se, portanto, de purificar as informações produzidas nas *coletas de dados*, de modo a lhes conferir o estatuto mais objetivo possível, por meio da eliminação dos efeitos subjetivos atribuídos à ação das drogas.

Este processo de purificação é feito por meio da série de procedimentos descritos no presente artigo. É nesse sentido que as práticas de *coletas de dados* encontram nos pacientes o objeto central de sua ação: são meios de atenuar, diminuir ou de abrandar os efeitos das drogas sobre os entrevistados, de maneira a viabilizar a participação dos mesmos no estudo e registrar as informações mais “fidedignas” possíveis sobre os instrumentos de pesquisa.

Ao agir sobre os pacientes entrevistados, estes procedimentos de pesquisa também os estão transformando: ao longo do empreendimento científico, os pacientes deixam de ser sujeitos “intoxicados”, “confusos” e “sob efeito de drogas” – tal como no momento em que realizam o primeiro procedimento da coleta de dados, a extração de sangue – para se tornarem “participantes de pesquisa” que respondem adequadamente aos instrumentos. A busca por assegurar condições em que os sujeitos entrevistados possam oferecer dados “íntegros” e “verídicos” constitui, deste modo, um processo de diferenciação dos mesmos.

Este é um processo de mediação (LATOUR, 2012), voltado para a produção simultânea de sujeitos de pesquisa “coerentes” e de dados objetivos. Deste modo, as transformações com as quais estão implicados os pacientes usuários de drogas do HCPA estão intimamente conectadas com a busca por dados imaculados do

“viés” decorrente dos efeitos das drogas: mediação e purificação são processos intercalados, em relação de coprodução.

Portanto, a produção de dados “coerentes” depende de um processo de mediação, que almeja a fabricação de um sujeito entrevistado igualmente “coerente”, que não seja “confuso”, “desorientado”, “incerto”. Este objetivo parece adquirir particular importância na medida em que os participantes da pesquisa são usuários de drogas – substâncias que, no registro das sociedades modernas ocidentais, seriam eminentemente qualificadas pela produção de comportamentos instáveis, tal como argumentou Stélio Marras (2008).

Interpretações como estas colocam em questão a própria expressão coleta de dados, tal como implicada nos procedimentos de pesquisa aqui abordados: em que medida é possível apreender um dado por coletado – remetendo assim a uma informação pronta e acabada, cujo o acesso imediato somente exigiria do pesquisador a sua “coleta” – se o próprio sujeito que fornece o dado não vem pronto, mas é construído durante o empreendimento científico, por meio de procedimentos inerentes a este?

Deste modo, é importante ressaltar que os procedimentos de coleta de dados aqui abordados são mais do que simples regras para a condução apropriada do empreendimento científico: constituem formas de agir sobre os pacientes participantes do estudo. E uma vez que a ação é esta “capacidade de transformar a outros seres”, tal como definiu Latour (2001), agir sobre os pacientes é também, consequentemente, transformá-los: a ciência não representa a realidade de seus objetos sem intervir sobre os mesmos.

Contudo, também não deve ser dada pouca importância ao fato de que esta mediação é realizada, ao final das contas, com o objetivo de conduzir o empreendimento científico da maneira compreendida como aquela que é a mais adequada possível. Os procedimentos de pesquisa aqui destacados são concebidos enquanto meios de garantir a “fidedignidade” das respostas dos pacientes; são como que estratégias para diminuir o “viés” de suas

respostas, o “prejuízo cognitivo”, a “atenção prejudicada” e o “prejuízo de autoavaliação” que decorrem de sua “intoxicação” por uso de drogas. Em outras palavras, são meios de produzir algo muito valorizado pelo coletivo de pesquisadores que empreende a coleta de dados que tomei para investigação etnográfica neste trabalho, denominado de objetividade científica.

Portanto, argumento por fim que tal objetividade científica não é caracterizada por manter uma relação distante, neutra ou mesmo passiva para com os objetos que busca apreender – tal como poderia ser depreendido da busca incessante por dados “confiáveis”, “íntegros” e “verídicos” que motiva. Diferentemente, a persecução desta objetividade depende, de maneira intrínseca, de uma relação ativa para com os pacientes usuários de drogas, no sentido que é comprometida com a transformação destes sujeitos: um processo de mediação, que busca purificar os dados coletados das drogas e de seus efeitos.

É na medida em que todo o processo de purificação é instável, incompleto e sujeito a limites, que tal ideal objetividade se constitui enquanto um horizonte normativo, ao qual é sempre necessário e desejável aproximar-se, mas cujo alcance absoluto não é possível.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

KESSLER, Felix. *Desenvolvimento e validação da sexta versão da Addiction Severity Index (ASI6) para o Brasil e outras análises em uma amostra multicêntrica de usuários de drogas que buscam tratamento no país*. 2001. Tese (Doutorado em Psiquiatria) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, FAMED, Porto Alegre, 2011.

KESSLER, Felix; PECHANSKY, Flávio. *Manual de aplicação da sexta versão da Escala de Gravidade de Dependência*. Porto Alegre: Suliani Editografia Ltda., 2011.

LATOUR, Bruno. *Jamais Fomos Modernos: ensaio de antropologia simétrica*. São Paulo: Editora 34, 1994.

_____. *Reagregando o social: uma introdução à teoria do ator-rede*. Salvador: Edusc, 2012.

- LATOUR, Bruno. *A Esperança de Pandora*: ensaio sobre a realidade dos estudos científicos. São Paulo: Edusc, 2001.
- LAW, John. Notes on the theory of the actor-network: Ordering, strategy, and heterogeneity. New York, *Systemic Practice and Action Research*, v. 5, n. 4, p. 379-403, 1992.
- _____. Complexity Formalism and Aircraft Design. In: LAW, John; MOL, Annemarie (Orgs.). *Complexities*: social studies of knowledge practices. Durham, North Carolina: Duke University Press, 2001.
- LEITE, Marcos da Costa. ANDRADE, Arthur Guerra de. (Orgs.). *Cocaína e crack*: dos fundamentos ao tratamento. Porto Alegre: Artmed, 1999.
- MARRAS, Stélio. Do natural ao social: as substâncias em meio estável. In: LABATE, Beatriz; GOULART, Sandra; FIORE, Maurício; MACRAE, Edward; CARNEIRO, Henrique (Orgs.). *Drogas e Cultura*: novas perspectivas. Salvador: Edufba/Ministério da Cultura, 2008. p. 155-186.
- MOL, Annemarie. *The Body Multiple*: Ontology in Medical Practice. Durham: Duke University Press, 2005.
- PECHANSKY, Flávio; KESSLER, Félix; DIEMEN, Lísia von; ALMEIDA, Rosa Maria Martins de; SORDI, Anne Orgler; POSSA, Marianne; NARVAEZ, Joana; CZERMAINSKI, Fernanda Rasch; SCHUCH, Sílvia. *Preditores clínicos, biológicos e psicossociais de recaída precoce em usuários de crack*. Projeto de pesquisa apresentado ao edital MCT/CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas, Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2013.
- _____. *Preditores clínicos, biológicos e psicossociais de recaída precoce em usuários de crack*. Pré-projeto de pesquisa apresentado ao edital MCT/CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas, Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2013b.
- SÁ, Guilherme. Estar ciente e fazer ciência. Curitiba, *Campos – Revista de Antropologia Social*, v. 10, n. 1, p. 29-44, 2009.
- TARDE, Gabriel. *Monadologia e Sociologia*. In: VARGAS, Eduardo (Org.). *Monadologia e sociologia e outros ensaios*. São Paulo: Cosac Naify, 2007.
- VELHO, Gilberto. Duas categorias de acusação na cultura brasileira contemporânea. In: VELHO, Gilberto. *Individualismo e cultura*: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1987.

RESUMO

Este artigo descreve as coletas de dados de uma pesquisa médico-científica, realizada com pacientes usuários de drogas. Analisam-se os meios pelos quais as práticas desta pesquisa agem sobre estes sujeitos, a fim de compreender qual ideal de objetividade pretende-se alcançar no âmbito deste empreendimento. Afirmando que a produção de um dado “confiável” envolve um processo que almeja diminuir ou contornar os efeitos do uso de drogas sobre os participantes do estudo, de modo que a coleta do dado depende da fabricação do sujeito que irá fornecer este dado. Esta não é uma objetividade passiva ou neutra com os sujeitos que são o centro de sua atenção, mas sim ativa e empenhada na transformação dos mesmos.

Palavras-chave: Coleta de dados, Objetividade, Drogas, Antropologia da Ciência.

ABSTRACT | COLLECTED DATA, FABRICATED SUBJECT: DRUGS AND OBJECTIVITY IN A MEDICAL-SCIENTIFIC RESEARCH

This article describes data collection of a scientific and medical research, conducted with drug users. Analyzes the ways these research practices act upon these subjects, in order to understand what is the ideal of objectivity desired under this project. I affirm that the production of “trusted” data involves a process that aims to reduce or overcome the effects of drug use on the participants, in a way that the collection of the data depends on the production of a subject that will provide this data. This is not a passive or neutral objectivity regarding the subjects that are the center of its attention. On the contrary, this objectivity is active and involves the transformation of those subjects.

Keywords: Data collection, Objectivity, Drugs, Anthropology of Science.

RESUMEN | RESUMEN DATO RECOGIDO, SUJEITO FABRICADO: DROGAS Y OBJETIVIDAD EN UNA INVESTIGACIÓN MÉDICO-CIENTÍFICA

En este artículo se describe la recolección de datos de una investigación médico-científica, realizada con usuarios de drogas. La intención es examinar cómo los procedimientos de este estudio actúan sobre los sujetos participantes, con el fin de entender que ideal de objetividad se busca en este proyecto. Argumento que la producción de un dato “seguro” objetiva reducir o mitigar los efectos del uso de drogas en los participantes del estudio, de modo que la recolección del dato depende de la fabricación del sujeto que proporcionará el dato. Esto no es una objetividad pasiva o neutral en relación a los sujetos que son el centro de su atención, pero activa y comprometida con la transformación de estos sujetos.

Palabras clave: Recolección de Datos, Objetividad, Drogas, Antropología de la Ciencia.